



## CLÍNICA

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES EM SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LAS COMPLICACIONES EN SALA DE RECUPERACIÓN ANESTÉSICA

**\*De Mattia, AL, \*\*Faria Maia, L., \*\*Santos Silva, S., \*\*De Oliveira, TC.**

**\*Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta. Universidade Minas Gerais. \*\*Graduada em Enfermagem. Universidade Católica de Santos. Brasil.**

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem; Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Palabras clave: Diagnóstico de Enfermería; Sala de Recuperación Anestésica.

Keywords: Nursing Diagnoses; Post Anesthesia Care Unit.

### RESUMO

Este é um estudo descritivo, exploratório, com método quantitativo e delineamento não experimental, com análise de frequência absoluta e relativa dos dados. Apresenta como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem, segundo a Taxonomia II da NANDA, na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). A amostra foi constituída de 30 pacientes adultos, submetidos à cirurgia eletiva, com anestesia geral, e avaliação das condições físicas American Society of Anesthesiologists (ASA 1). O campo de estudo foi a SRPA, a qual conta com 8 leitos, de um Hospital da rede mista da cidade de Santos. Os dados foram coletados por meio de um instrumento estruturado, com dados referentes ao sexo, idade, diagnóstico médico, intervenção anestésico-cirúrgica, tempo cirúrgico, tempo anestésico, sinais vitais incluindo verificação de pressão arterial na internação, avaliação do índice de Aldrete Kroulik; e complicações como náusea, vômito e dor. Após o levantamento dos problemas de enfermagem, foram identificados os diagnósticos de enfermagem, sendo os maior frequência a hipotermia, náusea e dor aguda.

### RESUMEN

Este es un estudio descriptivo, exploratorio, con método cualitativo y rasgo no empírico, con análisis de frecuencia absoluta y relativa de los datos. Presenta como objetivo identificar los diagnósticos de enfermería según la Taxonomía II de la NANDA, en la Sala de Recuperación Post-Anestésica (SRPA). La muestra estaba constituída por 30 enfermos adultos, sometidos a cirugía selectiva, con anestesia general y evaluación de las condiciones físicas American Society of Anesthesiologists (ASA1). El campo de estudio fue la SPRA, la cual cuenta con 8 camas de un hospital de la red mixta

de la ciudad de Santos. Los datos fueron colectados a través de un instrumento estructurado, con datos referentes al sexo, edad, diagnóstico médico, intervención anestésico quirúrgica, tiempo quirúrgico, tiempo anestésico, signos vitales, incluyendo verificación de la tensión arterial en la internación, índices de Aldrete Kroulik y complicaciones como náusea, vómito y dolor. Tras el análisis de los problemas de enfermería, fueron identificados los diagnósticos de enfermería, siendo los de mayor frecuencia la hipotermia, náusea y dolor agudo.

## ABSTRACT

This is a descriptive, exploratory study with a qualitative method and non-experimental design, with analysis of absolute and relative frequency of data. It shows how to identify nursing diagnoses according to NANDA Taxonomy II in Post Anesthesia Care Unit (PACU). The sample consisted of 30 adult patients undergoing elective surgery with general anesthesia, and evaluation of physical conditions according to American Society of Anesthesiologists (ASA 1). The field of study was the PACU, which has 8 beds in a mixed network hospital in the city of Santos. Data were collected through a structured method, with data on gender, age, medical diagnoses, intervention-surgical anesthetic, surgical time, anesthetic time, vital signs including blood pressure at admission, assessment of the index of Aldrete Kroulik; and complications such as nausea, vomiting and pain. After the analysis of the nursing problems, nursing diagnoses were identified, with the greatest frequency being hypothermia, nausea, and acute pain.

## 1. INTRODUÇÃO

O tema proposto para esta pesquisa são os diagnósticos de enfermagem (DE) de pacientes sob efeito de anestesia geral, em Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) e suas complicações. A SRPA é o local destinado ao atendimento dos pacientes no pós-operatório imediato até que eles estejam recuperados e em condições de retornarem para as suas áreas de origem <sup>(1)</sup>.

Os pacientes no pós-operatório imediato apresentam diversas complicações, sendo, respiratórias como hipóxia, hipercapnia, dispnéia; cardiovasculares, como desvios da pressão arterial, bradicardia ou taquicardia; renais; neurológicas, como alterações do nível de consciência; neuromusculares, hidroeletrólíticas e complicações como hipotermia, dor, náuseas e vômitos, entre outras.

Os DE são bases para o julgamento clínico frente às respostas do paciente, da família e comunidade, pois é a partir deste julgamento que o profissional enfermeiro pode nortear seu plano de cuidados. É a identificação das necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento e a determinação, pelo profissional enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão. Pela própria conceituação de enfermagem, vê-se que o diagnóstico comporta duas dimensões: identificar as necessidades e determinar o grau de dependência <sup>(2)</sup>

Em 1990, na 9ª Conferência da North American Nursing Diagnosis Association. (NANDA), foi aprovada a definição dos DE, sendo: “É um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde / processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção de intervenção de enfermagem para atingir resultados pelos qual o enfermeiro é responsável” <sup>(3)</sup>

O DE é realizado através de relatos e sinais que o paciente apresenta e o profissional enfermeiro terá que ter conhecimento para classificá-los e relacioná-los com os diagnósticos a fim de nortear o plano de cuidados, promovendo a recuperação do paciente. No período de recuperação anestésica, o qual compreende desde o momento da alta do paciente da

sala de operações, até a sua alta da recuperação anestésica, várias alterações ocasionadas tanto pelo procedimento cirúrgico, quanto pelo procedimento anestésico, são apresentadas pelo paciente, e necessitam ser prevenidas, detectadas e tratadas.

Para Prado et al <sup>(4)</sup> a SRPA é um local destinado ao atendimento intensivo do paciente, no período que vai desde a sua saída da sala de operação até a recuperação da consciência, eliminação de anestésicos e estabilização de sinais vitais.

Segundo Possari <sup>(1)</sup>, as finalidades da SRPA são: oferecer melhores condições de assistência médica e de enfermagem no pós-operatório, e pós-anestésico imediato; reduzir a mortalidade pós-anestésica e pós-operatória; facilitar o trabalho de rotina nas unidades de internação, que se desobrigam com a presença de um recém-operado em condições precárias; proporcionar maior segurança aos pacientes e familiares; e diminuir os possíveis acidentes pós-operatórios e pós-anestésicos imediatos. O enfermeiro responsável pela sala de recuperação deve sistematizar o registro das informações, mantendo vínculo ativo com os profissionais da saúde, além de oferecer à equipe de enfermagem condições para atuar com o cliente de maneira efetiva, planejada e segura.

A utilização de um instrumento facilita o preenchimento dos dados do paciente, permitindo maior rapidez nos registros e uma avaliação racionalizada das condições físicas do paciente. Conseqüentemente, isso fará com que a assistência de enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica (RPA) torne-se mais próxima do paciente e humanizada. <sup>(5)</sup>

Uma das formas de avaliação do paciente é a classificação das condições físicas que foi desenvolvida pela American Society of Anesthesiologists (ASA) para oferecer linhas gerais uniformes. Trata-se de uma avaliação da gravidade de doenças sistêmicas, disfunções fisiológicas e anormalidades anatômicas. <sup>(6)</sup>

Dentre todas as ações do procedimento anestésico-cirúrgico, os quais podem desencadear alterações no equilíbrio hemodinâmico, a anestesia é um fator de grande influência. A palavra anestesia tem origem na palavra grega *anaesthesia*, que literalmente quer dizer “sem sensação”. <sup>(7)</sup>

Anestesia geral é um estado induzido por um ou uma combinação de agentes propiciando controle, de pressão reversível da função do sistema nervoso central (SNC), incluindo inconsciência. Elementos básicos da anestesia geral incluem diminuição do nível de consciência ou sono, amnésia, analgesia, relaxamento muscular, resposta motora diminuída à estímulos e reversibilidade. Manter as funções vitais (exemplo: cardiovascular, respiratória e renal) em todo curso da anestesia geral é obviamente importante. Os principais objetivos do ato anestésico são: suprir a necessidade dolorosa durante a cirurgia, com manutenção ou não da consciência; relaxamento muscular e proporcionar condições ideais para a ação da equipe cirúrgica. <sup>(1)</sup>

As condições clínicas pré-operatórias, a extensão e o tipo de cirurgia, a técnica e a duração da anestesia, as intercorrências cirúrgicas e/ou anestésicas e a eficácia das medidas terapêuticas adotadas, em geral, estão relacionadas com a freqüência de complicações no período pós-operatório imediato. <sup>(8)</sup>

## 2. OBJETIVO

Identificar os diagnósticos de enfermagem embasados na Taxonomia II da NANDA, em SRPA, de pacientes adultos, submetidos à anestesia geral.

### 3. MATERIAL E MÉTODO

Este é um estudo descritivo, exploratório, com método quantitativo, delineamento não experimental. Foi realizado durante em uma Instituição de saúde, tipo hospitalar, de porte especial, da rede mista da cidade de Santos. O campo de pesquisa foi a sala de recuperação pós-anestésica, a qual conta com 8 leitos. A amostra foi constituída por 30 pacientes, em período de recuperação anestésica. Foram critérios de escolha da amostra, o paciente ser adulto, com classificação de ASA I, submetido cirurgia eletiva com anestesia geral.

Primeiramente foi enviado o projeto de pesquisa à Instituição, com solicitação de autorização de coleta de dados, e após parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP nº 022), foi dado início à coleta de dados. Participaram da amostra os pacientes os quais antes da medicação pré-anestésica, no local de internação, ou os familiares, ou acompanhantes, após os esclarecimentos sobre a pesquisa, aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que envolve pesquisa com seres humanos. Os dados foram coletados por meio de um instrumento de coleta de dados estruturado (Apêndice A) e dados do prontuário do paciente.

O instrumento foi dividido em 2 partes, sendo a parte I, referente à identificação da amostra, como sexo, idade, diagnóstico médico, procedimento anestésico-cirúrgico realizado, tempo de cirurgia e tempo de anestesia, coletados no prontuário médico do paciente. A parte II, com dados referentes às alterações em período de recuperação anestésica, como: sinais vitais, índice de Aldrete Kroulik, dor, náuseas e vômitos. Os sinais vitais possibilitaram avaliar alterações de temperatura corpórea, taquicardia, bradicardia, diminuição ou aumento da pressão arterial (PA), frequência e ritmo respiratório. O índice de Aldrete Kroulik é específico para avaliação das alterações em período de recuperação anestésica, avalia 5 sinais fisiológicos, sendo: atividade muscular, respiração, circulação, consciência e saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub>). A atividade muscular avalia a habilidade de mover os membros, espontaneamente ou sob comando, permite a avaliação de pacientes com bloqueios subaracnóides ou epidurais, e avalia os resíduos de relaxantes musculares; a respiração verifica a capacidade de inspirar profundamente e tossir, se dispnéia é aparente; a circulação, de difícil avaliação, verifica as diferenças da PA de base do pacientes em relação aos níveis pressóricos pré-anestésicos; a consciência avalia o estado de alerta espontâneo ou quando solicitado; e a SpO<sub>2</sub> possibilita a avaliação da porcentagem de oxigenação periférica.<sup>(7)</sup>

Os dados foram avaliados na chegada do paciente na SRPA, considerado momento zero, após 30 e 60 minutos.

Após a coleta de dados, os mesmos foram organizados em uma planilha com a identificação dos problemas de enfermagem, e levantamento dos diagnósticos de enfermagem, com as características definidoras e identificação dos fatores relacionados, segundo NANDA<sup>(3)</sup> e apresentados em tabelas, com frequência absoluta e relativa.

### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à identificação da amostra, os resultados demonstraram que houve equivalência entre os sexos feminino e masculino, com faixa etária entre 46 e 51 anos. No que se refere aos diagnósticos médicos, o de maior frequência foi para o de hérnia discal lombar, na

especialidade de neurocirurgia, sendo o procedimento anestésico-cirúrgico de maior frequência a microcirurgia para correção de hérnia discal. A especialidade de maior frequência foi a cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal, a qual apresentou procedimentos anestésico-cirúrgicos do sistema digestório, em órgãos e sistemas diversos. Quanto ao tempo utilizado nos procedimentos anestésico-cirúrgicos, a maior foi para os intervalos de 1 a 2 horas, considerados com este intervalo de tempo, procedimentos anestésicos-cirúrgicos de porte médio. <sup>(1)</sup>

**Tabela 1: Distribuição da frequência dos pacientes em SRPA, com anestesia geral, segundo os sinais vitais, Santos, 2007.**

Sinais Vitais		N°	%
Temperatura	Hipotérmico	24	80,0
	Normotérmico	6	20,0
	Hipertérmico	0	0,0
	Total	30	100,0
Pressão Arterial Internação	Ótima	6	20,0
	Normal	7	23,3
	Limítrofe	6	20,0
	Hipertensão	11	36,7
	Total	30	100
Pressão Arterial SRPA	Ótima	6	20,0
	Normal	9	30,0
	Limítrofe	4	13,3
	Hipertensão	11	36,7
	Total	30	100
Respiração	Bradipneico	3	10,0
	Eupneico	14	46,7
	Taquipneico	13	43,3
	Total	30	100,0
Pulso	Bradicárdico	3	10,0
	Normocárdico	24	80,0
	Taquicárdico	3	10,0
	Total	30	100,0

A **Tabela 1** demonstra a avaliação dos sinais vitais, sendo 24 pacientes (80,0%) apresentaram-se hipotérmicos, com temperaturas entre 35 e 35,5°C. A hipotermia é determinada pela temperatura corporal menor que 36°C, podendo ser considerada leve (entre 32°C e 35°C), média ou moderada (entre 28°C e 32°C) e grave ou severa (menor que 28°C) <sup>(10)</sup>. A perda de calor é comum em todos os pacientes durante a anestesia geral, porque os anestésicos alteram o centro de termorregulação do hipotálamo, inibem os tremores e produzem vasodilatação periférica. Durante a anestesia o paciente não apresenta respostas de regulação térmica porque o reflexo está inibido. Durante a recuperação da anestesia a inibição desaparece e os tremores se iniciam quando a temperatura está abaixo do limiar de regulação térmica. <sup>(9,10)</sup>

Mendoza, Peniche <sup>(11)</sup> relatam que a queda de temperatura é inerente ao processo cirúrgico do idoso, decorrente de alteração do sistema termorregulador, causados por drogas ou pela anestesia, e fatores como o posicionamento, temperatura da sala de operações, aquecimento dos fluidos e uso de cobertores são fatores que também influenciam na

temperatura corpórea, e as intervenções de enfermagem devem ser preventivas no período anestésico-cirúrgico, evitando prejuízos no período pós-operatório.

Embora a hipotermia seja uma complicação comum no período de recuperação anestésica, Gotardo, Silveira, Galvão<sup>(12)</sup> evidenciam a escassez de trabalhos sobre esta temática, ao realizarem um levantamento bibliográfico, por meio manual, de revistas classificadas Qualis B e C internacionais e A e B nacionais, encontraram 297 exemplares, dos quais, 4 tratavam da hipotermia como DE e principais fatores relacionados e um apontava recomendações de prevenção desta complicação.

Quanto à PA, 11 (36,7%) apresentaram hipertensão arterial na internação e 11 pacientes (36,7%) na SRPA, conforme a Tabela 1. A PA é considerada ótima (< 120x80 mmHg), normal (< 130x85 mmHg), limítrofe (130-139 / 85-89 mmHg), e hipertensão, estágio I - leve (140-159 / 90-99 mmHg), estágio II - moderada (160-179 / 100-109 mmHg) e estágio III - grave ( $\geq 180 / \geq 110$ mmHg).<sup>(13)</sup>

Para Rocha, Rocha<sup>(14)</sup>, as variações dos níveis tensionais podem ocorrer em seqüências distintas do ato cirúrgico, elevando-se durante a indução anestésica, diminuindo com o aprofundamento da anestesia e aumentando novamente no período de recuperação. As oscilações ascendentes com média de 20mmHg por mais de 15 minutos, predispõe o paciente às complicações tanto no período intra-operatório, quanto pós-operatório.

A taquipnéia esteve presente em 13 (43,3%) da amostra, esta manifestação pode ser explicada pelo acúmulo de dióxido de carbono (PCO<sub>2</sub>) devido aos tremores e por vezes pela excitação do despertar da anestesia, dor e ansiedade, levando à taquipnéia como uma manifestação secundária de compensação para eliminação do dióxido de carbono.<sup>(7)</sup>

**Tabela 2: Distribuição da frequência dos pacientes em SRPA, com anestesia geral, segundo Índice de Aldrete Kroulik, Santos, 2007.**

Atividade Muscular	0min		30min		60min*	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2	10	33,3	23	76,7	19	86,4
1	17	56,7	6	20,0	3	13,6
0	3	10,0	1	3,3	0	0,0
<b>Total</b>	30	100,0	30	100,0	22	100,0
<b>Respiração</b>						
2	22	73,4	30	100,0	22	100,0
1	7	23,3	0	0,0	0	0,0
0	1	3,3	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	30	100,0	30	100,0	22	100,0
<b>Circulação</b>						
2	28	93,3	29	96,7	22	100,0
1	2	6,7	1	3,3	0	0,0
0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	30	100,0	30	100,0	22	100,0
<b>Consciência</b>						
2	7	22,3	23	76,7	20	90,9
1	19	63,4	6	20,0	2	9,1
0	4	13,3	1	3,3	0	0,0
<b>Total</b>	30	100,0	30	100,0	22	100,0

<b>SpO2</b>						
<b>2</b>	17	56,7	24	80,0	19	86,6
<b>1</b>	13	43,3	6	20,0	3	13,4
<b>0</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Total</b>	30	100,0	30	100,0	22	100,0
<b>Resultado</b>						
<b>0 - 5</b>	6	20,0	0	0,0	0	0,0
<b>6 - 8</b>	16	53,3	7	23,3	1	4,5
<b>9 - 10</b>	8	26,7	23	76,7	21	95,5
<b>Total</b>	30	100,0	30	100,0	22	100,0

Para o Índice de Aldrete Kroulik, observa-se na **Tabela 2**, que no momento da chegada à SRPA, em 0 minuto, 16 pacientes (53,3%) tiveram entre 6 e 8 pontos; ou seja, apresentaram de 2 a 4 alterações em algum sinal fisiológico avaliado pelo índice, seja de atividade muscular, consciência, respiração, circulação e/ou SpO<sub>2</sub>, valores estes que requerem vigilância ao paciente e não permitem terem alta da SRPA. <sup>(5,7)</sup> O sinal fisiológico de consciência apresentou a maior frequência de nota 1, com 19 (63,4%), seguido de atividade muscular e SpO<sub>2</sub>, com 17 (56,7%) e 13 (43,3%) respectivamente. Narcóticos, sedativos ou anestésicos residuais, podem ocasionar alterações no estado mental e o relaxante muscular residual, leva à fraqueza muscular, no período de recuperação anestésica. <sup>(5,7-8)</sup>

Em 30 minutos, 23 pacientes (76,7%) obtiveram nota ente 9 e 10 pontos, significando apenas uma alteração moderada, com nota 1, sendo a atividade muscular ou consciência ou SpO<sub>2</sub>, os quais apresentaram 6 (20,0%) alterados.

Em 60 minutos, 21 pacientes (95,5%) também apresentaram entre 9 e 10 pontos, sendo que apenas 22 pacientes permaneceram 60 minutos na SRPA, pois têm alta antes de 60 minutos, por apresentarem Índice de Aldrete Kroulik entre 9 e 10 pontos.

Quanto à avaliação da dor, 17 (56,7%) pacientes chegaram à SRPA apresentando dores, sendo que a minoria continuou com dores em 30 e 60 minutos consecutivos. Mendoza, Peniche <sup>(11)</sup>, em um trabalho de revisão de literatura, de artigos indexados, sobre as complicações do paciente cirúrgico idoso, demonstrou que 50% estudos relatam a dor como uma complicação em período de recuperação anestésica, seguida de náuseas e vômitos em 14,3% dos estudos.

Para Meireles et al <sup>(15)</sup> em um estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva, em pacientes em período de pós-operatório, demonstrou que 43% continuam com queixas algicas mesmo tendo recebido analgésicos até 6 horas antes, e consideravam a dor moderada em 23% e intensa em 42% dos casos.

No que se refere à náusea, 3 pacientes (10,0%) chegaram na SRPA com náusea, destes apenas 1 paciente apresentou vômito aos 60 minutos de permanência. A náusea e vômito são complicações frequentes no período de recuperação anestésica, sendo desencadeadas tanto pela dor, quanto pelas medicações opiáceas, podendo ser evitadas com medicações antieméticas no período intra-operatório. <sup>(7)</sup>

**Tabela 3: Distribuição da freqüência dos pacientes em SRPA, com anestesia geral, segundo diagnóstico de enfermagem, Santos, 2007.**

Problema Identificado	Diagnóstico de Enfermagem	Características Definidoras	Fatores Relacionados	N	%
Apresentar temperatura menor que 36°C	Hipotermia	Tremor, pele fria, redução da temperatura corporal.	Exposição ao ambiente fresco, vestimentas inadequadas.	24	80,0
Apresentar náusea	Náusea	Relato de náusea, salivação aumentada.	Fatores psicológicos, irritação gástrica por medicamentos.	3	10,0
Apresentar dor	Dor aguda	Relato verbal, expressão facial.	Agentes lesivos ( físicos, biológicos).	20	67,9

Após a identificação dos problemas, foram levantados os diagnósticos de enfermagem de maior freqüência, segundo NANDA<sup>(3)</sup>, com as características definidoras e os fatores relacionados, sendo: hipotermia com 24 (80,0%) dos pacientes, seguindo de dor aguda em 20 (67,9%) e náusea em 3 (10,0%), conforme a **Tabela 3**.

Rossi et al <sup>(16)</sup> desenvolveram um estudo com objetivos de identificar os DE mais frequentes no pós-operatório imediato, e identificaram 16 DE , dentre eles, a hipotermia em 67,8% e dor em 32,2% dos casos. Galdeano et al <sup>(17)</sup> também elaboraram um estudo, cujo objetivo era identificar os DE em pacientes adultos, no período transoperatório de cirurgia cardíaca, identificaram 11 DE, sendo que 94,1% dos casos apresentaram risco para temperatura corporal alterada.

Biazzotto et al <sup>(18)</sup> indicam as complicações da hipotermia, sendo: aumento da morbidade cardíaca, coagulopatia, aumento da incidência de infecção no sítio cirúrgico, alterações hormonais, aumento dos efeitos das drogas anestésicas, aumento da permanência do paciente na SRPA e presença de tremores musculares.

A American Society of PeriAnesthesia Nurses<sup>(19)</sup> apresenta diretrizes para prevenção e tratamento de hipotermia no período perioperatório. Devem ser avaliados fatores de risco, como extremos de idade, tipo de procedimento e doenças associadas, deve-se verificar os sinais de hipotermia, e mesmo nos pacientes normotérmicos, medidas preventivas, como lençol de algodão, meias e capuz, exposição limitada, aumento da temperatura do ambiente. A mensuração e cuidados devem ser aplicados ao entrar no ambiente cirúrgico, na sala de operações, na sala de recuperação pós-anestésica, a cada 30 minutos até a normotermia.

A dor no período pós-operatório imediato, considerada dor aguda, apresenta respostas fisiológicas incluindo disfunções pulmonares, cardiovasculares, urinárias, metabólicas, e neuroendócrinas, causando estimulação simpática, com conseqüente taquicardia, aumento do volume sistólico, trabalho cardíaco e consumo de oxigênio pelo miocárdio, e trombose de veias profundas, pela diminuição dos movimentos, com medo de sentir dor. Manifestações de exacerbação do sistema simpático, acarretam vasoconstrição e conseqüente hipertensão



arterial, manifestando-se com uma diminuição de perfusão periférica, oxigenação pulmonar, diminuição do débito urinário e agitação, todas ocasionadas pela má perfusão tecidual.<sup>(20)</sup>

O alívio da dor no período pós-operatório imediato PO promove melhor reabilitação como: diminuição das complicações pulmonares, preservação da função miocárdica, deambulação precoce, menor incidência de tromboembolismo, redução do tempo de internação além de conforto para o paciente.<sup>(21)</sup>

Observa-se desta forma, que tanto a hipotermia, quanto a dor, são complicações comuns no período de recuperação anestésica, e estas por sua vez devem ser prevenidas, pois acarretam complicações sistêmicas importantes.

## 5. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo possibilitaram concluir que das alterações evidenciadas, os diagnósticos de enfermagem de maior frequência foram a hipotermia e a dor aguda, e embora tratar-se de um estudo preliminar, com pequeno recorte de uma realidade infinita, das complicações possíveis no período de recuperação anestésica, os resultados e os estudos realizados, evidenciam a hipotermia e a dor aguda como comuns nos procedimentos anestésicos-cirúrgicos.

Estas alterações podem ser prevenidas através de um planejamento da assistência de enfermagem, tanto de aquecimento no período anestésico-cirúrgico, quanto de controle e avaliação da dor em período de recuperação anestésica.

É papel fundamental dos enfermeiros a prevenção das complicações, e esta deve ser planejada no período pré-operatório, implementada no transoperatório e avaliada por todo perioperatório.

A identificação dos problemas e a determinação dos DE, permitem promover a assistência de enfermagem individualizada, planejada, e auxilia na prevenção de danos ocasionados no período pós-operatório.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Possari JF. Centro Cirúrgico: Planejamento, Organização e Gestão. São Paulo: Iátria; 2004.
2. Horta WA. Processo de enfermagem. 16ª ed. São Paulo: EPU; 2005.
3. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. Porto Alegre: Artmed; 2005-2006.
4. Prado KG, Silva LF, Graciano LP, Domingues LG, Telles Filho PC, Michigami RCM et al. Centro de recuperação pós-anestésico: observação, análise e comparação. Rev Latino-Am de Enferm 1998; 6 (3): 123-5. [Acesso em 08 de mar. 2007]  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rLae/v6n3/13899.pdf>.
5. Possari JF. Assistência de Enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica (RPA). 2ª ed. São Paulo: Iátria; 2006.
6. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. SOBECC. Práticas Recomendadas da SOBECC. 4ª ed. São Paulo, 2007.
7. Meeker MH, Rothrock JC, Alexander. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. Cap. 6 e 8.

8. Mauro G, Cardoso AR. In: Congiani LM, Posso PI, Poterio GMB, Nogueira CS. Tratado de anestesiologia. Serviço de Anestesia do Estado de São Paulo. 6ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006. vol. 2, cap. 105, p. 1351-9.
9. Albergaria VF et al. Tremores intra e pós-operatório: prevenção e tratamento farmacológico. Rev Bras de Anestesiologia 2007; 57(4). [Acesso em 01 de mar 2007] Disponível em: [http://: www.scielo.br/pdf/v57n4](http://www.scielo.br/pdf/v57n4).
10. Duke J. Segredos em anestesiologia. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2003.
11. Mendoza IYQ, Peniche ACG. Complicações do paciente cirúrgico idoso no período de recuperação anestésica: revisão da literatura. Rev Soc Bras de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 2008; 13 (1):25-31.
12. Gotardo JM, Silveira RCCP, Galvão CM. Hipotermia no perioperatório: análise de produção científica nacional de enfermagem. Rev Soc Bras Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 2008; 13 (2): 40-8.
13. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2004; (supl.4): 1-40. [Citado em 30 de jul. 2004] Disponível em: [http://:www.scielo.br](http://www.scielo.br).
14. Rocha JC, Rocha AT. Abordagem pré-operatória do paciente hipertenso: riscos e orientações. Rev Soc Cardiol. 2000; 10 (3):311-6.
15. Meireles CCS, Gomes SFS, Bezerra SL, Soares CS, Mota DDCF, Pimenta CAM. Dor em UTI: prevalência e características da queixa dos pacientes. Rev Soc Bras Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização 2006; 11 (4):37-41.
16. Rossi LA, Torрати FG, Carvalho EC, Manfrim A, Silva DF. Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. Rev Esc Enferm USP, 2000, 34 (2): 154-64.
17. Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Ignacio DS. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. Rev Latino-Am Enferm USP, 2003, 11 (2): 199-206.
18. Biazotto CB, Brudniewski M, Schmidt AP, Auler Junior JOC. Hipotermia no período perioperatório. Rev Bras Anesthesiol 2006; 56 (1): 89-106.
19. American Society of PeriAnesthesia Nurses. Clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. J Perianesth Nurs. 2001; 16 (5): 305-14.
20. Ready LB, Edwards WT. Tratamento de dor aguda. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
21. Sakata KR, Issy MA. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. São Paulo: Manole; 2004.

**APÊNDICE A**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

<b>PACIENTES</b>	<b>1</b>			<b>2</b>			<b>3</b>		
<b>Parte I:</b> identificação da amostra									
Sexo									
Idade									
Diagnóstico Médico									
Intervenção anestésico-cirúrgica									
Tempo de cirurgia									
Tempo de anestesia									
<b>Parte II:</b> complicações									
<b>Sinais Vitais</b>									
T									
P									
R									
PA internação									
PA na chegada ao SRPA									
<b>Índice de Aldrete Kroulik</b>	0	30	60	0	30	60	0	30	60
Atividade muscular									
Respiração									
Circulação									
Consciência									
SpO <sub>2</sub>									
<b>Total</b>									
Náuseas									
Vômitos									
Dor									

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia